

\*の項目は必ずご記入ください。

フリガナ

\*氏名：

---

〒

\*住所：

---

\*性別： 男・女

※どちらかを○印で  
囲んでください

\*生年月日

年 月 日

---

\*電話番号：

---

メールアドレス：

---

\*受診病院および主治医名：

---

本申込書を「医療法人 共栄会 名手病院」宛に  
FAX 送信または直接お持ちください。

**FAX.0736-75-2111**

---

わかば会

〒649-6631 紀の川市名手市場 294-1

医療法人 共栄会 名手病院

Tel. 0736-75-5252 Fax.0736-75-2111